

《関係者向け》

松江市

入退院連携ガイドライン

～切れ目のない病院と地域の連携を目指して～

超高齢化社会・多死社会で医療・介護に求められる役割が変化しています

医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者の増加や病院機能の変化により、入退院支援に係わる医療・介護サービスの連携がますます必要となってきました。

そのために、医療機関と地域の支援担当者は日頃から、病院・地域の資源、その流れの把握等を情報共有し、円滑な連携の実践ができるよう心掛けることが大切です。

本ガイドラインは、入退院の際、患者・家族が、必要な医療と介護サービスを切れ目なく受けられることができるよう作成されたものです。入退院の連携にご活用ください。



令和7年3月

目 次

1. 本ガイドラインの目的、支援の対象者、支援の担当者	…2
2. 入退院時における連携プロセスとチェックポイント	…3
① フローシート	…3
② チェックポイント	…4
3. 松江市内の病院の機能について	…8
① 医療機能について	…8
② 精神保健福祉法に基づく精神科への入院について	…9
4. 様式・資料	…10
✓ 松江市版基本情報・情報提供書	…11
✓ 医師とケアマネジャーの連絡	…13
✓ 歯科医師とケアマネジャーの連絡票	…14
✓ 訪問看護の情報(療養に係る情報)提供書	…15
✓ 訪問看護ステーション連絡票	…16
✓ 入退院支援にかかる診療報酬および介護報酬	…17
✓ 介護保険と医療保険の訪問看護利用	…18

1. 本ガイドラインの目的、支援の対象者、支援の担当者

【本ガイドラインの目的】

このガイドラインは、入退院に際して、医療機関のスタッフと生活の場を預かる在宅医療・介護サービスの連携推進体制の標準化により、円滑な入退院支援の実施を目的とします。

◆「松江市入退院連携ガイドライン」使用の心得◆

1. 本人・家族の意思決定の尊重

入退院支援は、本人・家族がどのように今後の治療や療養を望んでいるかを、本人・家族と話し合い、本人・家族の意思決定の尊重を大切にします。

▶ アドバンス・ケア・プランニングの実施

…人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族や医療・介護サービスチーム等と事前に繰り返し話し合うプロセス。

2. 医療・介護を担う各々の専門職の役割を尊重

病状や生活の変化に応じて、入退院の期間や療養先は変化します。

他の職種と情報交換を心掛け、各々の役割を尊重することに努めます。

【支援の対象者】

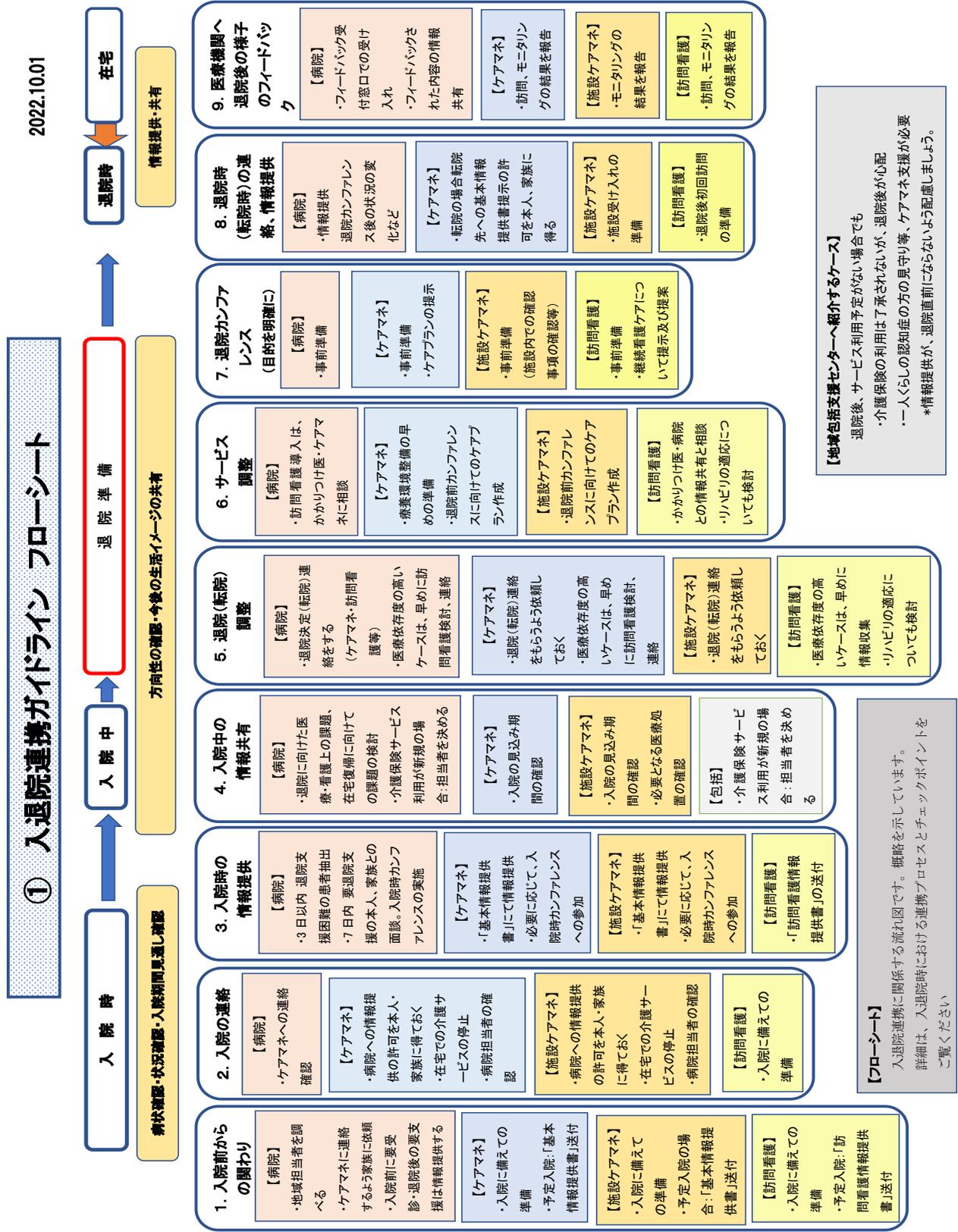
- ① 介護保険サービスを利用している人
- ② 退院後に新たに介護保険サービスを利用する人
- ③ 医療保険の訪問看護を利用している人
- ④ その他、必要と判断した人

【支援の担当者】

- ① 居宅介護支援事業所・施設のケアマネジャー
- ② 地域包括支援センターの担当者
- ③ 訪問看護ステーションの訪問看護師
- ④ 病院担当者(入退院支援担当者)
- ⑤ 行政担当者(松江市介護保険課他)

2. 入退院時における連携プロセスとチェックポイント

① フローシート



②チェックポイント

地域の担当者

病院

(1) 入院前からのかかわり

●各病院の機能・連携窓口の確認

⇒「病院と地域の連携方法一覧」参照

ホームページ：松江市社会福祉協議会＞松江市在宅医療・介護連携支援センター＞病院機能・地域連携の関する資料/医療・介護情報＞病院と地域の連携方法一覧

●入院に備えての準備

①日頃から本人・家族に、入院が決まった時は地域の担当者に連絡するよう伝える。

②病院担当者に地域の担当者がわかるよう、お薬手帳に名刺を入れる等の工夫を行う。

③入院連絡を受けて速やかに「基本情報・情報提供書」を病院に提供できるように、随時更新を行う。

④終活支援ノート等の本人の思いをつなぐための書類等があれば入院時に病院へスムーズに情報提供できるため、保管場所を確認する。

●予定入院の連絡を受けた場合

【ケアマネ】

病院担当者と、入院に必要な情報を共有する。

【訪問看護】

「訪問看護情報提供書」を病院に送る。

●「病院と地域の連携方法一覧」に変更がある際、松江市在宅医療・介護連携支援センターに連絡する。

●地域の担当者を調べる方法を知る。

①本人・家族に確認する。

②地域包括支援センターに確認する。

③介護保険に関わる情報については、介護保険課に相談する。(認定係 55-5936)



地域の担当者

病院

(2) 入院の連絡

①担当者は入院の連絡を受けたら、病院担当者、入院病棟、担当医を確認する。

②介護保険サービスを利用している場合、サービスを停止する。

①入院についてケアマネに連絡したかどうか、本人・家族に確認する。

②本人・家族からの連絡が困難な場合等、必要に応じてケアマネに入院連絡を行う。

地域の担当者

病院

(3) 入院時の情報提供

同一疾病での再入院や、概ね 1 週間以内の短期入院・検査入院等で状態の変化がない場合は、支援の担当者間で相談の上、情報提供は簡略化とすることが可能。

【ケアマネ】

病院担当者へ速やかに「基本情報・情報提供書」を送る。終活支援ノート等の本人の思いをつなぐための書類等があればその旨も伝える。必要に応じてかかりつけ医や、訪問看護ステーション等の関係機関に連絡する。

【訪問看護】

「訪問看護情報提供書」を病院へ送る。

●情報提供時の注意点

- ①短期間に入退院を繰り返している場合は、在宅の状況について詳しく情報提供を行う。
- ②土日・祝日等で、情報受け入れ窓口が停止している場合、FAX での情報提供ではなく、直接病棟に連絡する。

●入院後 3 日以内

- ①退院困難な患者のスクリーニングを行う。
- ②本人・家族の聞き取りや、ケアマネや訪問看護からの情報提供書、終活支援ノート等の本人のおもいをつなぐ書類等を活用し、在宅生活の状況について情報収集する。

●入院後 7 日以内

退院に向けた医療・看護上の課題、地域から情報提供を踏まえ、「退院支援計画書」を作成する。



入院時カンファレンスについて

入院後概ね 7 日以内に行われる病院内の多職種カンファレンス。入院時から、退院に向けて情報共有し、スムーズな退院を目指すもの。

その際、地域の担当者に対し、入院前の日常生活の様子などの情報提供や、入院時カンファレンスの参加を依頼される場合もある。

地域の担当者

病院

(4) 退院に向けての情報共有

●入院の見込み期間の確認方法

- ①病院から本人・家族に渡される「入院診療計画書」を確認する。
- ②病院担当者に確認する。

●施設からの入院の場合

施設により医療処置の実施体制が異なるため、入院前にいた施設への退院が可能か確認する。

介護保険の申請(新規・更新・変更)について

介護保険の申請は、病院担当者と地域の担当者と相談し、本人・家族に説明し決定する。

入院中の連絡

- ・入院時、情報提供する際は入院後の流れを確認。その後退院に向け情報共有を随時行い、準備する。
- ・入院中の状況で退院の困難さが予想される時は、特に綿密に連絡を取り合い、方向性について一緒に検討する等、情報共有を行う。
- ・退院の時期が決まったら、現在の本人・家族の状況を確認しながらサービス調整に入る。

●入院中に退院時期を随時確認し、病院担当者、本人・家族へサービス調整に要すると考えられる時間を伝える。

●新規患者を地域の担当者へ紹介する場合は、在宅療養となる可能性が考えられる時点で早めに行う。

地域の担当者

病院

(5) 退院に向けてのサービス調整・カンファレンス

●退院に向けてのサービス調整

- ①環境整備（住宅改修等）に時間がかかる場合は早めに準備を始める。
- ②対応の変更等で、サービス担当者が受け入れ時間を要する可能性がある場合、早めにその旨を病院担当者に伝える。

●退院に向けての準備

- ①地域の担当者にはサービス等の準備が必要であるため、退院が決まる前から出来る限り早めに地域の担当者と連絡をとる。
- ②実際の在宅状況を想定した退院指導となるよう地域の担当者（ケアマネ・訪問看護等）と情報共有する。

退院前カンファレンス開催・参加メンバーの決定

退院前カンファレンスは、すべての患者に対して行われるものではない。カンファレンス開催は、患者の状況を踏まえ、病院主体となり地域の担当者と相談の上、開催を決定する。

地域の担当者

病院

(6) 退院時（転院時）の連絡、情報共有、フィードバック

●転院の場合

ケアマネは、転院先病院が「基本情報・情報提供書」を希望する場合、本人・家族の了承を得て送付する。

●転院の場合

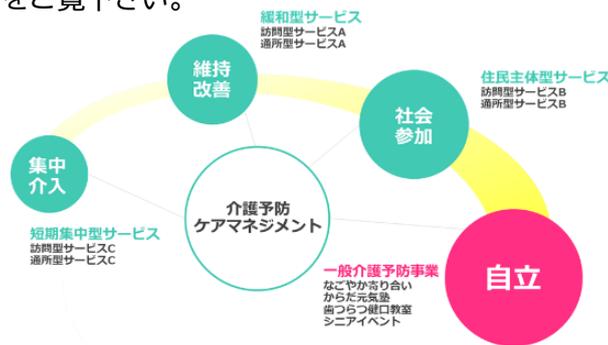
医師・看護師・セラピスト等、必要に応じて転院先へ情報提供を行う。終活支援ノート等の本人の思いをつなぐための書類等があればその旨伝える。

退院後のフィードバック

退院後、困ったことや相談したいこと、連携してよかったことなどお互いに情報交換しフィードバックしましょう！

退院後の短期集中的なサービスの紹介

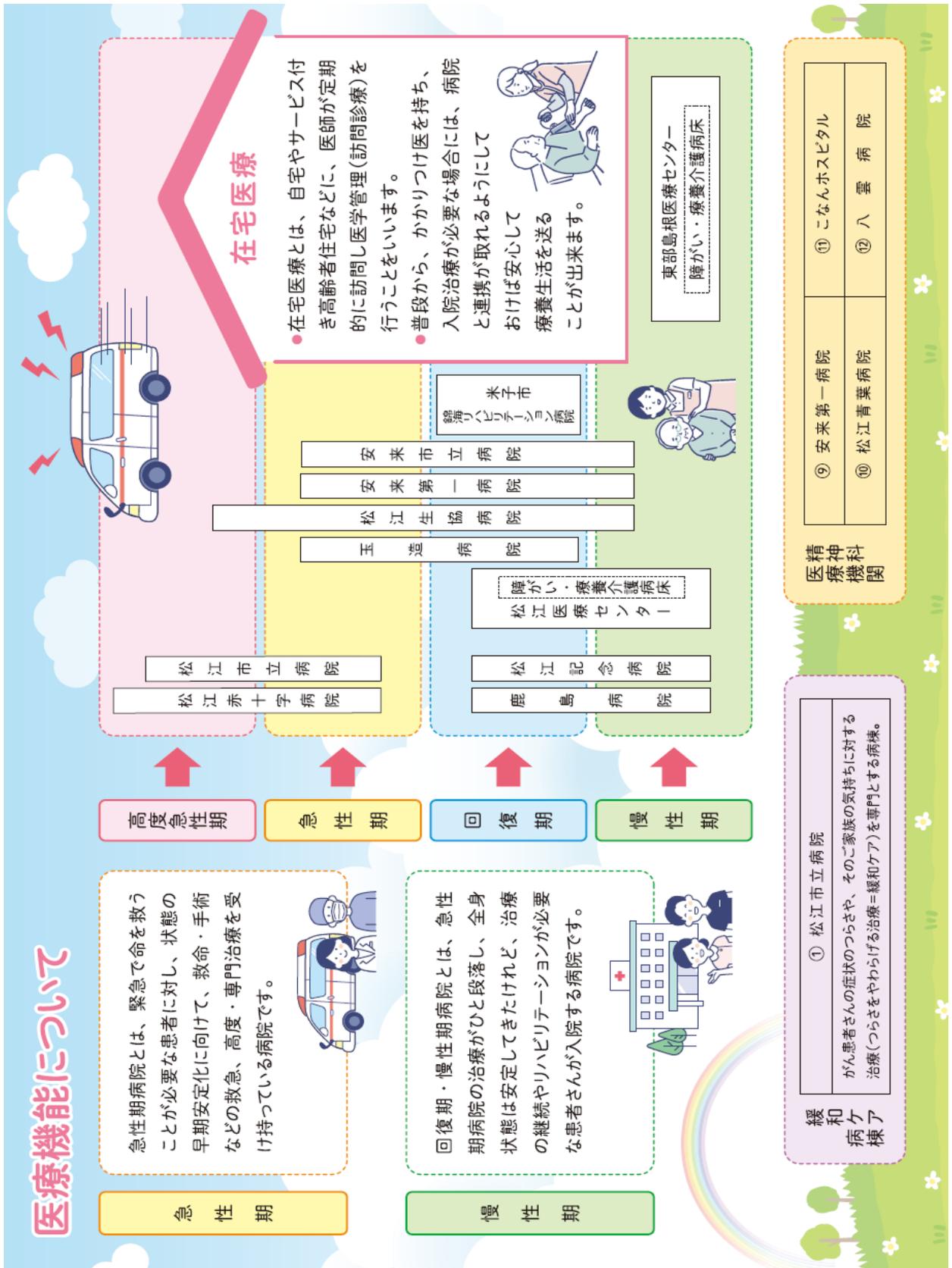
事業対象者、要支援1・2の方のうち、骨折などによる入院後で、短期間の支援により機能回復や改善、在宅生活へ移行支援により安定した在宅生活が見込まれる人に向けて、3 か月集中的に介入を行う訪問型サービスC・通所型サービスCがあります。詳細については、松江市のホームページ(2次元コード)をご覧ください。



松江市のホームページ

3. 松江市内の病院の機能について

① 医療機能について



②精神保健福祉法に基づく精神科への入院について

精神科病院への入院は、精神保健福祉法に基づき以下の4つのいずれかになります。

かかりつけ医がある場合、主治医から精神科への入院が必要との判断があったら、入院を希望する病院担当者に事前に連絡をとり、相談をしましょう。入院適応がどうか、また入院形態がどれになるかは診察の上での判断となります。いずれにしても本人だけでなく身体既往歴や生活歴などの経過をご存知の同伴者の方（ご家族含む）から、詳しくききとりすることになるので、診察には時間を要します。

（連絡先→「医療機関と地域の連携方法一覧」参照）

入院形態	対象	要件	備考
任意入院 (法第 20 条)	入院について本人の同意が見込まれる精神障害者。	入院に際して入院中の権利事項その他の事項について書面で説明を行い、患者から同意を得て、入院同意書に署名。	
措置入院／緊急措置入院 (法第 29 条／法第 29 条の2)	入院させなければ自傷他害(*)のおそれがあると認められた精神障害者。	精神保健指定医 2 名の診療の結果が一致した場合に都道府県知事が措置。	*自分自身を傷つけたり、他人を傷つけたり、何らかの迷惑・犯罪行為をする可能性が高い場合。
医療保護入院 (法第 33 条)	精神障害者であり、医療及び保護のため入院の必要がある者であって、任意入院が行われる状態にないと判断された者。	精神保健指定医の診察及び家族等(*)のうちいずれかの者の同意が必要。	*配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人、該当者がいない場合等は、市町村長。
応急入院 (法第 33 条の7)	直ちに入院させなければ、医療及び保護を図る上で著しく支障があり、精神障害のために任意入院が行われる状態にないと判断された者。	急速を要し、その家族等の同意を得ることができない場合において、精神保健指定医(または特定医師)の診察の結果 72 時間に限り入院させることができる(特定医師による診察の場合は 12 時間まで)	応急入院指定病院に入院となる。

4. 様式・資料

【様式】

様式	用 途
基本情報・情報提供書 (P11)	ケアマネが自分の担当する利用者について、病院入院時や介護保険サービス利用時、医師への情報提供時に使用する。
医師とケアマネの連絡票 (P13) 歯科医師とケアマネの連絡票 (P14)	ケアマネから医師・歯科医師に介護保険サービス等について相談したい時に使用する。
訪問看護の情報提供書 (P15)	訪問看護師が自分の担当する利用者について、入院時に情報提供する際に使用する。
訪問看護ステーション連絡票 (P16)	訪問看護師が自分の担当する利用者について、多職種と情報提供する際に使用する。

【資料】

① 入退院支援にかかる診療報酬および介護報酬 (P17)

② 介護保険と医療保険の訪問看護の利用について (P18)

(島根県高齢者福祉課 居宅介護サービス事業所の手引き「Ⅲ 訪問看護」令和6年4月より抜粋)

【基本情報・情報提供書】

様

基本情報・情報提供書

記入年月日 令和 年 月 日

事業所名				TEL	() -	
担当介護支援専門員				FAX	() -	
ふりがな 利用者名			性別		生年月日	年 月 日 () 歳
住 所			本人 連絡先	自宅	() -	
				携帯	() -	
被保険者番号			緊急 連絡先	①	() -	
				②	() -	
* 要 介 護 度	総合・要支・要介 ()・申請中・未申請		障害手帳	無・有 (身障・精神・知的) 級		
	認定日	(R . .)		障害名		
	認定期間	(. . ~ R . .)		日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
			* 認知度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
家 族 状 況 等	《家族構成》		* 世帯状況	名前	続柄	備考
			独居			
			高齢者世帯			
			日中独居			
			その他			
		主：主介護者、☆：キーパーソン				
	* 介護力等			近隣の 協力等		
* 医 療 情 報	現病名 既往歴 * 入院歴 感染症等		受診状況 医療機関 (TEL)			服薬状況
経 済 状 況	生活保護	無・有	課税状況	課税・非課税	介護保険負担割合	割
	年 金	円/月		負担限度額軽減	無・有	
	金銭管理	本人・その他 ()		社会福祉法人減免	無・有	
生活に対する 意向						
生 活 歴						
経 過						
在宅(施設)生活 に 必要な要件						

週間スケジュール							
<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハ(回/週) <input type="checkbox"/> 通所介護(回/週) <input type="checkbox"/> 通所リハ(回/週) <input type="checkbox"/> 短期入所(回/月) <input type="checkbox"/> 福祉用具() <input type="checkbox"/> その他()							
住宅 状況	一戸建・集合住宅(持家・賃貸)・その他()			一日の過ごし方 活動・趣味			
	特記						
心身等 の 状 況	身長	cm	体重	kg (BMI)	6ヶ月間の体重の変化 <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減少		
	移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)					
	移 乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)					
	座 位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支えが必要 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)					
	立 位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支えが必要 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)					
	麻 痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (特記)					
	拘 縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (特記)					
	視 力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 見えない (特記)					
	聴 力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 聞こえない (特記)					
	言 語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 話せない (特記)					
	理 解	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 困難 (特記)					
	短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 困難 (特記)					
	精神周辺 症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (特記)					
	その他						
A D L 等 の 状 況	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)					
	服 薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)					
	* 排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記) (尿意: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> なし 便意: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> なし)					
	睡 眠	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> いろいろ <input type="checkbox"/> 不眠 (特記)					
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)					
	更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)					
	整 容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)					
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記) (義歯 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)					
その他							
I A D L 状 況	掃 除	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)					
	ゴミ出し	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)					
	洗 濯	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)					
	買い物	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)					
	調 理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)					
	その他						
災害	避難先	風水害時		土砂災害時		震災時	

※上記の情報は、利用者本人及び家族の同意に基づき提供しています。 *診療報酬 退院支援加算1.2「退院困難な患者の要因」に関連

【医師とケアマネジャーとの連絡票】

医師とケアマネジャーとの連絡票

令和 年 月 日

宛先	医療機関名		事業所名	
	医師	先生	発信元	担当介護支援 専門員氏名
	TEL	() -	TEL	() -
	FAX	() -	FAX	() -

下記の件につきご意見を伺いたと思います。連絡方法等につきましてFAXにて返信をお願い申し上げます。
なお、情報提供いただくことについては利用者本人及び家族の同意を得ています。

利用者	氏名	介護度		未申請 申請中 総合事業対象者・要支援1・要支援2 要介護 1・2・3・4・5				
	住所	TEL		() -				
サービス状況	生年月日	明・大・昭	年	月	日	() 歳	性別	男・女
	月	火	水	木	金	土	日	その他のサービス

連絡目的	
利用者の照会・相談など	
回答希望	<input type="checkbox"/> 至急回答をお願いします。 <input type="checkbox"/> 回答をお願いします。 <input type="checkbox"/> 確認のみをお願いします。

医師からの回答書（返信）

<input type="checkbox"/> 連絡票の内容を確認しました。	
連絡方法等	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします。
	<input type="checkbox"/> 電話で話をします。
	<input type="checkbox"/> 文書で回答します。
	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議に (出席 ・ 欠席) ※欠席の場合はご意見をお願いします。
回答・助言等	
令和 年 月 日 氏名	

【歯科医師とケアマネジャーの連絡票】

歯科医師とケアマネジャーの連絡票

令和 年 月 日

宛先	医療機関名		事業所名	
	歯科 医師	先生	発信先	担当介護支援 専門員氏名
	TEL	() -	TEL	() -
	FAX	() -	FAX	() -

下記の件につきご意見を伺いたいと思います。連絡方法等につきましてFAXにて返信をお願い申し上げます。
なお、情報提供いただくことについては利用者本人及び家族の同意を得ています。

利用者	ふりがな 氏名	介護度		申請中	要支援1	要支援2		
	住所	TEL	() -	要介護	1	2		
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	() 歳	性別	男・女
サービス 状況	月	火	水	木	金	土	日	その他のサービス
連絡 内容	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成にあたり、病状等についての指示・確認など							
	<input type="checkbox"/> 利用者の下記状態についての相談							
	<input type="checkbox"/> 訪問診療の依頼							
	<input type="checkbox"/> 飲み込みについて							
	<input type="checkbox"/> 口腔ケアについて							
	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議について							
利用者の 照会・ 相談	<input type="checkbox"/> その他							

歯科医師からの回答書（返信）

<input type="checkbox"/> 連絡票の内容を確認しました。	
連絡 方法 等	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします。
	<input type="checkbox"/> 電話で話をします。
	<input type="checkbox"/> 文書で回答します。
	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議に (出席 ・ 欠席) ※欠席の場合はご意見をお願いします。
回答・ 助言等	
	令和 年 月 日 氏名

ご不明な点は松江市歯科医師会事務局 ☎0852-23-4418（9：00～15：00）までお問い合わせ下さい。
松江市歯科医師会・松江地域介護支援専門員協会 共同作成(平成29年8月作成)

【訪問看護の情報提供書】

訪問看護の情報(療養に係る情報)提供書

令和 年 月 日

(主治医 医療機関名)

殿

(入院又は入所先医療機関等)

指定訪問看護ステーション

(名称)

(所在地)

(電話番号)

(FAX)

(管理者氏名)

(担当者)

以下の利用者に関する訪問看護の情報(療養に係る情報)を提供します。

ふりがな 利用者名	性別	職業	生年月日	年	月	日 (#VALUE!)	歳							
住所 電話	*		主治医氏名 医療機関名 住所											
家族、主な介護者等 (主: 主な介護者 ☆: キーパーソン 同: 同居) ↓			介護支援専門員	*										
氏名	続柄	備考(連絡先)	主/☆ 同	主傷病名										
*	*	*	*	既往歴										
			アレルギー											
本人の ・思 ・家 ・族	要介護度*		日常生活自立度*	認知度*										
	障害者手帳*		級 障害名											
	心理症状 抑うつ・不安・幻覚・妄想・睡眠障害・その他()													
	行動障害 暴力・暴言・叫声・拒絶・徘徊・不潔行為・異食・その他()													
在宅 での 様子 と 経過	訪問看護の目的・経過・看護内容 (訪問頻度: 回/)													
	看護上の問題・評価・具体的ケア方法における留意点・継続すべき看護													
	最終訪問(月 日)の状況													
心身の 状況・ 日常生活 の支援 状況	バイタル	血圧	脈拍	体温	酸素飽和度(%)	月	日							
	移動*	手段*	特記		視力*	特記								
	意思疎通					聴力*	特記							
	食事栄養	手段	量	特記		排泄	介助*	尿意*	便意*	排泄方法				
		内容					原回数	回/日	夜間排尿	回	便回数	回/	日	
		介助*	特記				排便調整	内容	最終排便		月	日		
		器具					最終交換		月	日				
	清潔	方法	最終	月	日	介助*								
		口腔ケ*	義歯*	特記		島名 サイズ	次回		月	日				
		皮膚	特記				特記							
服薬状況														
医療処置														
在宅療養継続のための留意点														
特記事項	新型コロナウイルスワクチン接種:(第1回目2021. . .) (第2回目2021. . .)													

*印は、ケアマネジャーが作成する「基本情報・情報提供書」をご参照下さい。

2018.11.1使用開始 2021.6.1改定

島根県訪問看護ステーション協会松江支部、松江市在宅医療・介護連携支援センター作成

【入退院支援にかかる診療報酬および介護報酬】

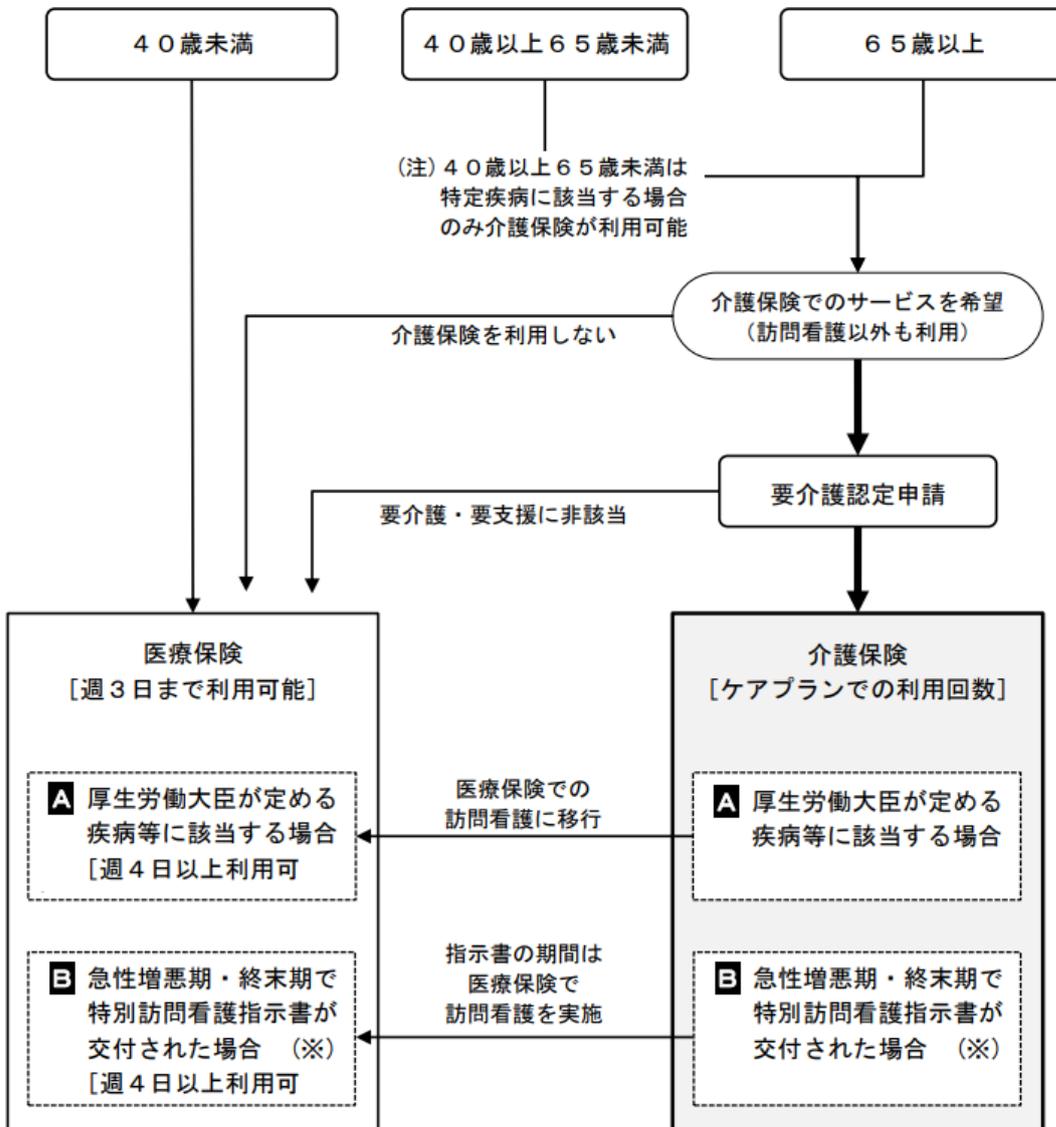
令和6年6月時点

	ケアマネジャー	病院	在宅医療	訪問看護
入院前↓入院時	入院時情報連携加算 ＊(1)250 単位 (2)200 単位 入院後3日以内に 情報提供	入院時支援加算 1 240 点 入院時支援加算 2 200 点 入院事前調整加算 200 点		
		入退院支援加算 1 一般 700 点 療養 1300 点 25 以上の関係機関との連携・3 回/ 年以上の関係機関との面会（オンラ インの可） 入退院支援加算 2（上記以外） 一般 190 点 療養 635 点 総合機能評価加算 50 点	（診療情報 提供料(1)） 療養情報 提供加算 50 点	訪問看護情報 提供療養費 3 1500 円（医）
退院・退所加算＊ カンファあり 連携 1 回 600 単位 連携 2 回 750 単位 連携 3 回 900 単位 カンファなし 連携 1 回 450 単位 連携 2 回 600 単位	小児加算（15 歳未満） 200 点 地域連携診療計画加算 300 点			
入院中↓退院前	退院・退所加算＊ カンファあり 連携 1 回 600 単位 連携 2 回 750 単位 連携 3 回 900 単位 カンファなし 連携 1 回 450 単位 連携 2 回 600 単位	介護支援等連携指導料 400 点（ケア マネジャー等との連携）		
		退院前訪問指導料 580 点		
退院時	＊介護予防支援、小多機、看多機におい ては「入院時情報連携加算」「退院・退 所加算」なし	退院時共同指導料 2 400 点 カンファレンス	退院時共同指 導料 1 在支診 1500 点 それ以外 900 点 病院でのカン ファレンス	退院時共同指 導加算 8000 円（医） 600 単位（介） 病院でのカン ファレンス
		3 者以上と共同指導する場合 2000 点加算 在宅医が参加する場合 300 点加算		
		退院時リハビリテーション指導料 300 点		
		退院時薬剤情報管理指導料 90 点		
		診療情報提供料(1) 250 点	連携強化診療情報提供料 150 点	
退院後		退院後訪問指導料 580 点		
		訪問看護師が同行する場合 20 点加算		

介護保険と医療保険の訪問看護利用

● 医療保険の訪問看護については、中国四国厚生局島根事務所にお問合せください
 〒690-0841 松江市向島町134-10 松江地方合同庁舎6階
 厚生労働省中国四国厚生局島根事務所
 Tel 0852-61-0108 Fax 0852-28-9222

- ① 要支援・要介護者に対するケアプランに基づく訪問看護 → 介護保険
- ② 介護保険のサービスを利用しない場合 → 医療保険
- ③ 急性増悪時の訪問看護 → 医療保険
- ④ 厚生労働大臣が定める疾病等の場合 → 医療保険
- ⑤ 精神科訪問看護 → 医療保険



※ 「特別訪問看護指示書」は、14日を限度とし、月1回まで医師が交付できる。
 (気管カニューレを使用、または真皮を越える褥瘡の場合は、月2回まで)

特定疾病	厚生労働大臣が定める疾病等 A
介護保険の2号被保険者（40歳以上65歳未満）が介護サービスを利用できる疾病	介護保険ではなく、医療保険で訪問看護を実施する疾病
<p>①末期のがん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る）</p> <p>②関節リウマチ</p> <p>③筋萎縮性側索硬化症</p> <p>④後縦靭帯骨化症</p> <p>⑤骨折を伴う骨粗鬆症</p> <p>⑥初老期における認知症</p> <p>⑦進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病</p> <p>⑧脊髄小脳変性症</p> <p>⑨脊柱管狭窄症</p> <p>⑩早老病</p> <p>⑪多系統萎縮症</p> <p>⑫糖尿病性神経障害・糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症</p> <p>⑬脳血管疾患</p> <p>⑭閉塞性動脈硬化症</p> <p>⑮慢性閉塞性肺疾患（肺気腫・慢性気管支炎・気管支喘息・びまん性汎細気管支炎）</p> <p>⑯両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症</p> <p>※アンダーラインの疾病は、右欄に該当し、訪問看護を医療保険で行うもの</p>	<p>①末期の悪性腫瘍</p> <p>②多発性硬化症</p> <p>③重症筋無力症</p> <p>④スモン</p> <p>⑤筋萎縮性側索硬化症</p> <p>⑥脊髄小脳変性症</p> <p>⑦ハンチントン病</p> <p>⑧進行性筋ジストロフィー症</p> <p>⑨パーキンソン病関連疾患</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 進行性核上性麻痺 ・ 大脳皮質基底核変性症 ・ パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る）→下欄に分類を参考掲載 <p>⑩多系統萎縮症</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 線条体黒質変性症 ・ オリブ橋小脳萎縮症 ・ シャイ・ドレーガー症候群 <p>⑪プリオン病</p> <p>⑫亜急性硬化性全脳炎</p> <p>⑬ライソゾーム病</p> <p>⑭副腎白質ジストロフィー</p> <p>⑮脊髄性筋萎縮症</p> <p>⑯球脊髄性筋萎縮症</p> <p>⑰慢性炎症性脱髄性多発神経炎</p> <p>⑱後天性免疫不全症候群</p> <p>⑲頸髄損傷</p> <p>⑳人工呼吸器を使用している状態</p>

【参考】パーキンソン病におけるホーエン・ヤールの重症度分類等

ホーエン・ヤールの重症度分類	生活機能障害度
ステージ1 …片側だけの障害で、軽度	I度 …日常生活、通院にほとんど介護を要しない
ステージ2 …両側性で、日常生活がやや不便	Ⅱ度 …日常生活、通院にほとんど介護を要する
ステージ3 …姿勢反射障害・突進現象あり、起立・歩行に介助を要する	Ⅲ度 …起立不能で、日常生活は全介助を要する
ステージ4 …起立や歩行等、日常生活の低下が著しく、労働能力は失われる	
ステージ5 …車いす移動または寝たきりで全介助状態	

令和元年11月 ガイドライン策定

令和5年1月 改訂

令和7年3月 改訂

◆基礎資料

島根県入退院連携ガイドライン(令和3年8月)

◆作成協力

松江市医師会 松江市病病連携推進会議
松江地域介護支援専門員協会
島根県訪問看護ステーション協会松江支部
松江市・島根県共同設置松江保健所
松江市健康福祉部介護保険課

◆発行

松江市在宅医療・介護連携支援センター
問い合わせ TEL:0852-61-3741